

所属所内締切:

支部到着締切: 接種翌月10日まで

最終期限: 平成31年3月8日まで

公立学校共済組合 京都支部 平成30年度 インフルエンザ予防接種助成申請書

所属所名		組合員氏名	
所属所コード		組合員証番号(注5)	公立京都
医療機関に支払った額 (注1)	円		
接種年月日	平成 年 月 日 (助成対象期間:平成30年10月1日～平成31年2月28日)		
医療機関名			
添付書類 (注2)	領収書原本(裏面に添付)		
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので助成金を申請します。</p> <p>平成 年 月 日 (自署・押印のこと。ゴム印不可)</p> <p>公立学校共済組合京都支部長 様</p> <p>組合員氏名 印</p>			
<p>日中の連絡先</p> <p>所属所名</p> <p>所属所電話番号</p>			

注1 他の助成制度による助成を受け、インフルエンザ予防接種にかかる自己負担額が1,000円に満たない場合はその額を助成します。

注2 予防接種者氏名、接種年月日及びインフルエンザ予防接種を受けたことが明記され、医療機関の領収印が押印された領収書の原本を添付してください。

注3 身体に障がいがある等で組合員本人が署名できない方は、法定代理人又は配偶者が署名することができます。書き方が不明な方は、支部までお問い合わせください。

注4 消えないインク(黒又は紺)で記入してください。消えるボールペンや鉛筆等で記載した場合は、無効として扱います。

注5 公立学校共済組合の組合員証番号を記入してください。(職員番号ではありません。)

※助成額	※	円
------	---	---

※欄は、記入しないでください。

所属所名		氏名	
------	--	----	--

領収書(原本)はこちらに貼り付けてください。

◎領収書は、医療機関発行の領収書原本を貼付するか、又は下記記載欄に医療機関で記入・押印してもらるか、どちらでもかまいません。
ただし、医療機関による記入・押印等文書作成にかかる料金は自己負担願います。

以下の欄は、医療機関に記入・押印を依頼してください。修正箇所(金額欄を除く)は訂正印を依頼してください。(金額欄修正不可)

領 収 書

金額							円
----	--	--	--	--	--	--	---

但し、インフルエンザ予防接種代として

平成 年 月 日 上記金額を領収しました。

被接種者氏名 _____ 様

接種年月日 平成 年 月 日

所在地

医療機関名



☆ 領収書には以下の内容が記載されていること ☆

領収書 インフルエンザ予防接種を受けたことが明記されていること(※)
「予防接種」のみは、不可。

¥3,500-

予防接種者氏名(氏のみは、不可。)

インフルエンザ予防接種代として

平成 年 月 日 上記金額を領収しました。

被接種者氏名 京都 花子

接種年月日 平成30年11月30日

所 在 ○○市○○町○○番地

医療機関名 ○○クリニック

接種年月日

医療機関の領収印が押印されていること

○○クリニック 領収印

※ 領収書にインフルエンザ予防接種を受けたことが明記されていないときは、次のいずれかの対応をお願いします。

- (1) インフルエンザ予防接種と記載されている診療明細(内訳)等を領収書に添付。
- (2) 接種者の氏名が記載された、インフルエンザ予防接種済証を領収書に添付。
- (3) 上記(1)または(2)がない場合は、医療機関に次のとおり依頼すること。
・領収書の余白にインフルエンザ予防接種であることを追記してもらうこと。
・追記した箇所に医療機関の押印をもらうこと。

上記項目すべてにチェック☑できたら、領収書(原本)を貼り付け、所属所担当者へ提出してください。